

**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA  
DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO ,  
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W .....**

Nr dokumentu	<b>W-1</b>
Data przyjęcia dokumentu	

**DANE EWIDENCYJNE**

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	<input type="text"/>	na podstawie dyplomu/zaświadczenia nr <input type="text"/>
wydanego przez	<input type="text"/>	w dniu <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Uzyskałem decyzję Ministra Zdrowia o uznaniu części stażu podyplomowego odbytego za granicą za zgodny ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (dokument w załączniku).		
<input type="checkbox"/> Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dokument).		

<input type="checkbox"/> Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (w załączeniu orzeczenie)	
Władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 7a pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.	
<input type="checkbox"/> Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.	
<input type="checkbox"/> Złożyłem egzamin z języka polskiego, o którym mowa w art. 7 ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dokument w załączniku).	
<input type="checkbox"/> Przedkładam dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dokument w załączniku).	
Miejsce i data	Podpis

Nazwisko i imiona		Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nazwisko rodowe		Nazwisko poprzednie	
Imię ojca		Imię matki	
Data urodzenia (rr-mm-dd) <input type="text"/>		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne: .....		Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega	

**Dokument tożsamości – dowód osobisty**

Rzeczpospolita Polska Dowód osobisty		Numer dowodu osobistego <input type="text"/>	
Nazwisko		Imiona	
Data urodzenia <input type="text"/>	Płeć	Termin ważności dowodu osobistego <input type="text"/>	
Nazwisko rodowe		Imiona rodziców	
Numer PESEL <input type="text"/>		Data wydania dowodu osobistego <input type="text"/>	
Organ wydający dowód osobisty		Podpis	

**Dokument tożsamości – paszport**

Nazwa państwa / Country		Typ /Type	Kod / Code	Numer dokumentu / Passport No <input type="text"/>
Nazwisko / Surname		Imiona / Given names		
Obywatelstwo / Nationality		Data urodzenia / Date of birth <input type="text"/>		
Płeć / Sex	Miejsce urodzenia / Place of birth	Numer identyfikacyjny / Identification No		
Organ wydający / Authority		Data wydania / Date of issue <input type="text"/>		
Data ważności / Date of expiry <input type="text"/>		Podpis / Holders signature		

## OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejsce  
i data

Podpis

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 514, jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce  
i data

Podpis

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych osobowych, o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i prawie ich poprawiania oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do Wniosku

Miejsce  
i data

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w celu otrzymywania insertów reklamowych przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej oraz innych materiałów i informacji przesyłanych przez okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską.

Miejsce  
i data

Podpis

## MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Województwo	Powiat	Gmina/Dzielnica
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

## ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina/Dzielnica
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Miejsce  
Data

Podpis

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego\* kwalifikacje formalne lekarza/lekarza dentysty
- Dyplom / kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy wraz z dokumentem potwierdzającym uznanie dyplomu za równoważny w Rzeczypospolitej Polskiej
- Dokument lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy
- Dyplom lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. e ustawy oraz świadectwo złożenia LEW/LDEW
- Dokument potwierdzający formalne uznanie dyplomu lekarza / lekarza dentysty spełniające formalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE
- Dokument określony w art. 6 ust. ? ustawy w przypadku lekarza UE
- Dokument potwierdzający status lekarza określony w art. 3 ust. 3 ustawy
- Orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 5 ustawy
- Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca
- Suplement dyplomu jeśli został wydany
- Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP
- Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego

Inne .....

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów obowiązany/a jestem do zawiadamiania okręgowej rady lekarskiej okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, w terminie 30 dni o zmianie danych wymienionych w art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce  
Data

Podpis

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej

Miejsce  
Data

Podpis

### POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data

Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu
- Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia

Wniosek Komisji:

- Przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego / części stażu podyplomowego\*, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
- Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

### UCHWAŁĄ \*PREZYDIUM \*OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W .....

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Panu/Pani

przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.

na podst. art. 5 ust. 7 w związku z art. 5 ust. 1-5 i art. 6 ust. 10

na podst. art. 7 ust. 2\* w zw. z art. 15j ust. 18 i 19 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

ważne do

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza/ lekarza dentystę na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” oznaczony nr seryjnym

z wpisem urzędowym

Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentysta został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

### POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Karta stażu podyplomowego numer

z dnia

Zawiadomienie o odbyciu i zakończeniu stażu podyplomowego określone w art. 15f ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza / lekarza dentysty

Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu części stażu podyplomowego odbytego za granicą z dnia

Data

Podpis

### ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy dentystów w związku z:

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego i rezygnacją z członkostwa – oświadczenie zainteresowanego lekarza/lekarza dentysty

z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu

z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego

upływem terminu ważności prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego – ukończenie stażu

wygaśnięciem terminu prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego

w dniu

śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji